

Capítulo 9

Salud materno-infantil y políticas públicas para pueblos originarios: reflexiones a partir de una investigación etnográfica¹

Carolina Remorini
María Laura Palermo

Introducción

El abordaje etnográfico de las condiciones que afectan la salud de diferentes pueblos y las variables que intervienen en los procesos de salud-enfermedad-atención en contextos particulares no puede dejar de lado la consideración de las políticas públicas de salud y la acción de los agentes del Estado.

Si bien la escala de los estudios etnográficos nos sitúa en el micro nivel, atendiendo a las particularidades de procesos de salud-enfermedad-atención en enclaves específicos, deben considerarse factores y procesos del macro nivel que afectan trayectorias, decisiones

¹ Este trabajo se encuadra en la investigación “Estudio etnográfico y transcultural de las prácticas de crianza y su impacto en el desarrollo y salud infantil en poblaciones rurales e indígenas de Argentina”. Estas investigaciones ha sido posibles gracias al apoyo financiero del CONICET y la UNLP. Deseamos expresar nuestro agradecimiento a los integrantes de las comunidades Mbya Guaraní y a los pobladores, autoridades y personal sanitario de Molinos por su permanente colaboración y hospitalidad.

y prácticas cotidianas de los sujetos en cada contexto ecológico (BRONFENBRENNER, 1987).

En las últimas décadas se multiplicaron los estudios sobre la salud de los pueblos indígenas en América Latina, trascendiendo clásicos enfoques sobre etnomedicina, para dar cuenta de variables y procesos que afectan su situación sanitaria y su accesibilidad a servicios de calidad acordes a sus demandas y expectativas. Estos estudios también dan cuenta de los procesos actuales de transformación cultural, ecológica y política de los que participan las familias indígenas. Ello nos sitúa en un escenario complejo en el que coexiste una mayor visibilidad de estos grupos dentro de las sociedades multiculturales, lo que se traduce en el reconocimiento de derechos específicos y acciones orientadas a ellos, junto con la persistencia de situaciones de desigualdad en el acceso a prestaciones de salud adecuadas, la cronicidad de ciertas patologías y los efectos dispares de procesos de transición demográfica, epidemiológica y nutricional.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, la salud de los pueblos indígenas debe ser analizada desde perspectivas que integren los conocimientos de diferentes disciplinas, atendiendo a sus respectivas escalas de análisis. Asimismo, es preciso superar la oposición entre saberes “populares” o “tradicionales” y “biomédicos”, insuficientes para dar cuenta de la complejidad y articulación de los diferentes saberes y prácticas médicas en los contextos locales y la multiplicidad de intervenciones desde los servicios de salud y/o programas del Estado que los modifican, cuestionan o legitiman (FLEISCHER; TORNQUIST; MEDEIROS, 2009; REMORINI, 2009).

En este punto, la convergencia entre el conocimiento científico creciente y las modificaciones en la salud de las poblaciones indígenas convoca a examinar las respuestas de las políticas públicas a sus demandas. La metodología etnográfica permite situar esta relación en el marco de un modo de vida particular, que da sentido a prácticas y experiencias cotidianas de los actores sociales.

En este sentido, nuestras investigaciones etnográficas sobre crianza y procesos de salud-enfermedad-atención en dos enclaves de Argentina, nos permiten identificar, por un lado, los diversos factores que afectan la salud de los niños, tanto desde la perspectiva científica como desde la perspectiva local. Ello ha sido posible gracias a investigaciones conjuntas con profesionales de diferentes disciplinas y al intercambio con agentes de las instituciones locales de salud (CRIVOS et al., 2006, 2012; REMORINI, 2010; SY; REMORINI, 2009; NAVONE et al., 2006). Por otro lado, hacen posible caracterizar estrategias cotidianas de las

familias en torno al cuidado de la salud infantil, a partir del abordaje a microescala de las rutinas cotidianas, de las trayectorias de los individuos y su participación en diferentes contextos. Como resultado, es posible dar cuenta de la heterogeneidad en cada enclave y la particularidad que adquieren las relaciones con otros sectores de la sociedad nacional, incluidas las políticas y servicios públicos de salud.

De este modo, desde el punto de vista teórico-metodológico, nos acercamos a perspectivas que enfatizan la necesidad de un abordaje ecológico de la salud y el desarrollo humano (BRONFENBRENNER, 1987; SUPER; HARKNESS, 1986; WEISNER, 1996; ROGOFF et al., 2007).

En línea con esta perspectiva, Super y Harkness (1986) propusieron conceptos como “nicho de desarrollo”. El interjuego entre el individuo y tales “nichos” da lugar a diferentes trayectorias de desarrollo. En este contexto, la investigación etnográfica hace posible identificar factores relevantes a la salud y desarrollo de los niños en estos “nichos”, analizando las prácticas de cuidado de la salud en su articulación con otras actividades de subsistencia a escala doméstica (REMORINI, 2009), donde tienen lugar los procesos de toma de decisiones sobre las alternativas disponibles para el cuidado y atención de la salud (CRIVOS, 2004; REMORINI, 2009) y donde es posible reconocer el rol de los individuos en la evaluación y selección de tales alternativas, no como “receptores pasivos” de los servicios y prácticas sino con capacidad de agencia, incluso en situaciones de inequidad y desigualdad (SUPER; HARKNESS, 1986). Tal como señalan Super y Harkness (1986, p. 217):

As captured in the phrase “the household production of health”, there is growing recognition that the preservation of health and the healing of illness are active and complex endeavours. In this context, the image of the health service users as passive “consumers” is misleading both for the understanding of health producing behavior and for the organization of health care interventions.

Es así que nuestro estudio etnográfico de los factores y procesos ecológicos que afectan el desarrollo y salud de los niños en comunidades indígenas Mbya Guaraní de la provincia de Misiones (noreste de Argentina) y en comunidades rurales de la provincia de Salta (noroeste de Argentina) se basa en la observación de las rutinas diarias y en la indagación de saberes, experiencias y valores que orientan y justifican las acciones y decisiones cotidianas en torno a la crianza y el cuidado de la salud de los niños.

Si bien nuestro foco inicial está en las actividades de la Unidad Doméstica (UD), resultó necesario desde el inicio prestar atención a las intervenciones del Estado que, a través de sus agentes, “irrumpe” en la vida cotidiana de las familias mediante la apelación a saberes especializados y produciendo ciertas modificaciones en las prácticas familiares, y de este modo, en las relaciones entre lo privado y lo público como objeto de intervención.

Teniendo en cuenta estas consideraciones nos proponemos caracterizar de modo general la situación actual de los pueblos indígenas de Argentina en relación con las políticas del Estado para luego enfocar en los enclaves objeto de nuestras investigaciones, enfatizando en la conformación étnica y en factores que han intervenido históricamente en la adscripción identitaria de la población, y en la situación sanitaria y organización de servicios de salud en cada región. A partir de esta caracterización, mostrar los modos de articulación presentes en las estrategias cotidianas en relación al cuidado de la salud, desarrolladas por las familias en cada contexto. Al respecto, nos interesa destacar tensiones entre las políticas y servicios de salud y sus “destinatarios” o “beneficiarios” tanto en las interacciones durante los procesos de atención, como a nivel de los enfoques y metodologías de los programas de salud pública. Por último, reflexionar sobre el valor de la metodología etnográfica en el abordaje de los efectos de las políticas públicas sobre las poblaciones indígenas.

Los pueblos indígenas en Argentina y la atención de la salud en contextos pluriculturales

En Argentina, según datos oficiales (ECPI 2004-2005) el porcentaje de la población que se reconoce perteneciente y/o descendiente en primera generación de diferentes pueblos indígenas alcanzaría entre el 4 y el 5 % de la población, esto es, unas 600.329 personas.

Los orígenes indígenas comienzan a reaparecer recientemente en el imaginario colectivo, a partir de la militancia de organizaciones integradas por líderes de distintos pueblos indígenas (INADI, 2005). En la década de los 1990, la ratificación de tratados internacionales y la reforma de la Constitución Nacional en la cual se incorporó el reconocimiento de los “Pueblos Indígenas”, significó un paso importante para los propios pueblos, pero sobre todo para un país como el nuestro que tendió a exterminarlos de sus narrativas, su cartografía

y sus prácticas políticas. Paralelo al reconocimiento de derechos colectivos particularizados, se desplegaron procesos de re-clasificación social y re-valorización de las culturas “originarias” multiplicando (auto)identificaciones públicas, forjando movimientos organizativos-reivindicativos y generando una revitalización de “pueblos indígenas” dados por “extintos” (SABIO COLLADO, 2011).

En este contexto internacional, en las últimas décadas se proponen políticas sanitarias orientadas a estos pueblos y se debate acerca de sus implicancias a diferentes niveles (LORENZETTI, 2006; PEREZ GIL, 2007; SY; REMORINI, 2009; NOVO, 2010; HITA, 2010).

No obstante la proliferación de programas de pretendido enfoque “intercultural”, existen aún numerosas dificultades que van desde las características de organización del sistema de salud argentino – fragmentación, descentralización, superposición – hasta la diversidad histórica, lingüística y cultural que caracteriza a la población que se reconoce indígena junto con las diferencias en cuanto a la localización geográfica en un extenso territorio. Ello resulta en situaciones de inequidad y barreras en la accesibilidad a bienes y servicios, vulnerando el derecho a la salud de estos pueblos, especialmente a prestaciones de mayor nivel de complejidad.

Si bien en la actualidad muchas familias indígenas viven en las ciudades, la amplia mayoría continúa viviendo en zonas rurales, en territorios donde pueden dar continuidad a sus estrategias de vida, aisladas – permanentemente o estacionalmente – por razones climáticas o de infraestructura dificultando la atención de la salud.

La observación de situaciones específicas de atención de la salud junto con la revisión de los programas del Estado orientados a brindar cobertura a la población aborígen, permiten visualizar algunas situaciones problemáticas: la homogenización de la población objetivo, la utilización de estrategias que no resultan culturalmente adecuadas, la falta de participación indígena en el diseño de las políticas, la escasa formación del personal sanitario para trabajar con población indígena, las dificultades para la comunicación y mutua comprensión, entre otros (SY; REMORINI, 2009).

Debido a los procesos de transición demográfica, epidemiológica y nutricional (POPKIN, 1998) que afectan a las poblaciones indígenas (aunque no exclusivamente), diversas organizaciones internacionales consideran a los pueblos indígenas como grupos vulnerables, que merecen una atención especial en cuanto a salud, nutrición y desarrollo, planteando la necesidad de políticas focalizadas (CEPAL, 2007). Suele afirmarse que el perfil de morbilidad de la población indígena es diferente

al de otros sectores de la población justificando “acciones diferenciales”. No obstante, en el caso de nuestro país, es difícil conocer el perfil de cada etnia, ya que no existen a nivel nacional ni provincial estadísticas desagregadas por origen étnico, salvo algunos esfuerzos puntuales (CUYUL; ROVETTO; SPECOGNA, 2011). Si bien las estadísticas de salud permiten visualizar que donde habitan la mayoría de los pueblos indígenas persisten patologías infecciosas severas (tuberculosis, parasitosis, Chagas) sumadas a desnutrición crónica, retardo en el crecimiento, anemia y sobrepeso, éstas afectan no sólo a los indígenas.

Entre las razones que explican estas dificultades, se mencionan cuestiones metodológicas en el diseño de instrumentos de registro de información y en la implementación. Al respecto, desde organismos públicos sanitarios de distintas provincias (Salta, Formosa, Chaco, Misiones, Jujuy y Neuquén) se plantea la necesidad de integrar la variable étnica a los sistemas de información epidemiológica, conduciendo a un diagnóstico sanitario que contemple características ambientales y sanitarias particulares, permitiendo visibilizar factores que afectan la accesibilidad de estas comunidades a los servicios públicos de salud (CUYUL; ROVETTO; SPECOGNA, 2011). Otra de las dificultades es el subregistro en instituciones públicas de eventos de morbi-mortalidad de indígenas, que hasta hace algunos años se debía también a la falta de acceso al documento nacional de identidad.

Todas estas cuestiones generan dificultades para establecer prioridades en el diseño de políticas y servicios – eje del enfoque de equidad en salud – y evaluar los servicios de salud destinados a las poblaciones indígenas.

Por último, y a pesar de que a nivel nacional y de algunas provincias se destinan fondos específicos para programas de salud para pueblos indígenas, la ejecución de estas políticas no cuenta con una buena coordinación, resultando en la superposición de programas y duplicación de acciones y prestaciones.

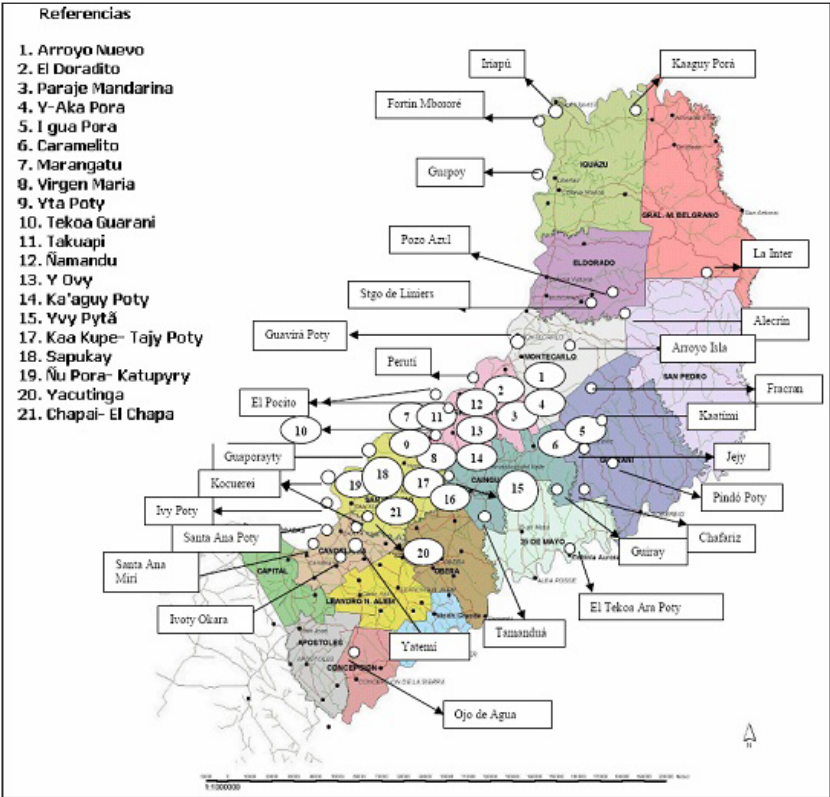
De este modo, si bien en muchos países de América Latina las políticas y modelos de atención a la salud han sido redefinidas, las condiciones de salud de las poblaciones destinatarias no han sido mejoradas en la misma medida. Almeida Filho (1992) plantea que esto se debe a la inadecuada base conceptual en el diseño, planificación, organización y administración de los servicios de salud que se valen casi exclusivamente de una perspectiva epidemiológica convencional, sin considerar la naturaleza histórica y sociocultural de los problemas de salud (SY, 2008).

Comunidades Mbya Guarani (Provincia de Misiones)

Caracterización general

Las comunidades Mbya en las que hemos desarrollado esta investigación son Ka'aguy Poty, Yvy Pytã y Peruti. Las dos primeras se asientan en tierras declaradas Reserva “Valle del Arroyo Kuña-Pirú” de la Universidad Nacional de La Plata en el centro de la provincia de Misiones, entre los Departamento Cainguas y Libertador General San Martín. Peruti se encuentra localizada también en este departamento, cercano a la localidad de El Alcazar.

Figura 9.1 – Comunidades Mbya Guarani de la Provincia de Misiones (Argentina)



Fuente: Direccion Nacional de Catastro. Gobierno de la Provincia de Misiones

En la actualidad los Mbya, junto con los Kayova y los Ñandeva son las etnias que representan la mayor población Guaraní de América del Sur. Según Assis y Garlet (2004), el número total de personas que reúnen estas tres parcialidades en Brasil, Paraguay y Argentina ascendería a 65.000, de los cuales 19.200 es la población estimada para los Mbya. Por otra parte, Grumberg et al. (2008) plantean que los guaraníes suman más de 100.000 en la región (aproximadamente 6.500 en Argentina). No obstante, de acuerdo con fuentes oficiales de Argentina, existen en la Provincia de Misiones 3.975 personas que se reconocen Mbya (ECPI 2004-2005).

La presencia Mbya en el territorio de Misiones data de fines del siglo XIX y principios del XX, cuando iniciaron su expansión desde el centro-sur de lo que hoy es el territorio de Paraguay, hacia Argentina y Brasil, presionados por la expansión de frentes extractivistas y ganaderos y por la Guerra de la Triple Alianza (GARLET, 1997; REMORINI, 2001). Si bien el contacto con los españoles – a través de las misiones religiosas y encomiendas – comienza en el siglo XVI, los Mbya han tratado de eludir la influencia colonizadora a través de las “fugas” hacia el monte, si bien en ocasiones aceptaron vivir temporalmente en las misiones jesuíticas. No obstante, desde fines de siglo XIX la presión sobre los territorios indígenas aumenta y en el último siglo los contactos entre los Mbya y diversos sectores de la sociedad nacional se intensifican, por razones económicas y políticas. A ello se suma la presencia estable de muchas iglesias y organizaciones religiosas (católicas y evangélicas) en las comunidades y del Estado a través de escuelas, planes sociales y campañas sanitarias.

En la actualidad, las comunidades Mbya se encuentran asentadas en la Selva Paranaense, uno de los sistemas naturales de mayor diversidad biológica de Sudamérica. Como resultado de una serie de factores, se han desplazado a través de este ecosistema desde tiempos prehispánicos, ampliando su territorio en la búsqueda de espacios que proveyeran las condiciones materiales y simbólicas que hacen posible su subsistencia de acuerdo al *Mbya reko* (modo de ser Mbya) (REMORINI, 2001). Desde fines del siglo XIX, la actividad agrícola-ganadera y la explotación forestal han ido ganando los espacios necesarios a la vida de estas comunidades. La movilidad espacial fue una estrategia importante para mantener su autonomía, permitiendo la recuperación de terrenos de cultivo, evitando la concentración de población en espacios reducidos y ofreciendo una solución frente al surgimiento de conflictos internos. Desde fines del siglo XX, políticas estatales y eclesiásticas promovieron

la sedentarización de los núcleos de población Mbya (planes de vivienda estatales y de organizaciones religiosas católicas), el reemplazo de las actividades “tradicionales” por otras basadas en la relación con colonos, empresarios y diversos agentes estatales y la implementación de planes basados en la entrega de alimentos y dinero. Ello condujo a importantes cambios en la dieta, afectando su salud y estado nutricional.

Estas transformaciones coadyuvaron a la cronicidad y recrudecimiento de enfermedades infecciosas y nutricionales de alto impacto en la población infantil, entre ellas las infecciones respiratorias agudas, patologías gastrointestinales, parasitosis, anemia por deficiencia de hierro, desnutrición crónica y retraso lineal del crecimiento (NAVONE et al., 2006; SY; REMORINI, 2009; ZONTA et al., 2010)² lo que contribuye a un proceso de transición epidemiológica y nutricional de envergadura, aspecto que no es considerado por el Estado argentino en sus políticas públicas orientadas al Pueblo Guaraní.

La atención de la salud: actores, recursos e instituciones

En las comunidades Mbya existen diversos actores sociales que intervienen ante un episodio de enfermedad. Una amplia gama de padecimientos que afectan a los niños pueden ser diagnosticados y curados en el ámbito doméstico, por su madre, padre o abuelos. La intervención de uno u otro en el diagnóstico, búsqueda y administración de los remedios depende del tipo de enfermedad que padece el niño y de la trayectoria y experiencia previa del adulto, tanto en relación a sus conocimientos sobre las enfermedades, como en el manejo de los “yuyos” u otros recursos terapéuticos (REMORINI, 2009). Si bien muchos padres jóvenes minimizan sus conocimientos y habilidades terapéuticas afirmando frecuentemente “*ahora vamos todos al hospital*”, nuestras observaciones dan cuenta de su intervención en la atención de la salud de los hijos en forma frecuente.

Cuando estas intervenciones no resultan efectivas se decide consultar a “expertos” de la comunidad, llamados *Karai* o *Kuña Karai* (hombres y mujeres respectivamente). Estas personas, generalmente

² Investigaciones sobre la relación entre parasitosis y estado nutricional en comunidades Mbya realizadas por un equipo de la Universidad Nacional de La Plata, del que participa la autora de este trabajo, ponen de manifiesto su relevancia sanitaria, por las consecuencias en el crecimiento y desarrollo infantil. Del total de individuos desnutridos, 87% estaban parasitados (NAVONE et al., 2006).

ancianas, gozan de prestigio y reconocimiento, en virtud de conocimientos que incluyen el manejo de recursos medicinales (*poã*) y de las oraciones y cantos que acompañan algunos tratamientos. Algunos *Karai*, son designados *poro poãno va'e*, expresión que alude a su habilidad para curar “con remedio de yuyo”, es decir, recursos terapéuticos vegetales. Otros *Karai* llegan a ser reconocidos como líderes religiosos, esto es, como Pai u *Opyguã*, cuyo dominio de acción excede el terapéutico. Se recurre a ellos cuando se padece una enfermedad considerada “grave”, que requiere para su diagnóstico y curación del saber y poder de estos especialistas.

Si bien muchas enfermedades suelen resolverse en el ámbito comunitario, cuando se trata de dolencias y síntomas que requieren rápida resolución (diarreas, deshidratación, fiebre prolongada) o bien “enfermedades de los *jurua* (blancos)” o en caso de accidentes, se recurre a los recursos y servicios de la biomedicina. Asimismo, suele preferirse la medicina científica cuando está disponible y supone una más efectiva y rápida recuperación del enfermo, aunque la enfermedad pueda tratarse con recursos medicinales “tradicionales”. Al respecto, en varios testimonios se plantea que si bien los recursos y especialistas locales son efectivos y preferibles en numerosas circunstancias, el acceso a prestaciones médicas de diversa complejidad permite evitar enfermedades y muertes que eran inevitables en el pasado. De este modo, en lugar de oposición, se observa una preferencia por diferentes alternativas terapéuticas, apelando de manera combinada y/o complementaria a diversos recursos.

El acceso a prestaciones de salud pública depende en gran medida del acceso a centros de salud, muchas veces distantes, lo que supone disponer de tiempo y dinero para afrontar los costos del transporte y gastos derivados. Si bien algunas comunidades Mbya tienen acceso relativamente fácil a los centros de salud, esto no es generalizable a toda la Provincia.

Algunas comunidades cuentan con una sala de primeros auxilios que es visitada semanalmente por personal médico y de enfermería, quedando a cargo el resto del tiempo, de promotores o agentes sanitarios aborígenes, cuyas funciones son bastante limitadas. Las salas suelen estar equipadas con instrumental y medicamentos, algunos de los cuales los agentes sanitarios están habilitados para administrar. La mayoría de estas salas fueron construidas por gestión del Obispado de la provincia o de ONGs religiosas. En una de las comunidades estudiadas (Ka'aguy Poty), hasta el año 2000 funcionaba un puesto sanitario que contaba

con una enfermera y un agente sanitario aborigen y recibía la visita semanal de un médico que realizaba Atención Primaria de la Salud (APS). En esta Unidad Sanitaria, se atendía también a la población de otras comunidades cercanas. Los registros más antiguos de tal actividad corresponden al año 1993 y llegan hasta el 2000, cuando el puesto de salud deja de funcionar debido a conflictos entre los indígenas y los administradores de la sala, pertenecientes a una congregación religiosa.

En el caso de la comunidad de Peruti existe un puesto sanitario, denominado localmente “*Techai roga*” (casa de salud), que es atendido por un agente sanitario y enfermero aborigen y es visitado dos veces por semana por personal del hospital de la localidad más cercana. En lo que concierne a los agentes sanitarios indígenas, éstos han sido designados por el Ministerio de Salud de la provincia de Misiones (ver más adelante). Sus tareas básicas como “*facilitador intercultural*” (según se expresa en el Programa ANAHI 2000-2004) incluyen la distribución de medicamentos bajo supervisión médica, el registro y distribución de leche en polvo a mujeres embarazadas y niños menores de dos años. En estos casos, deben realizar control de peso y estado de salud del niño y la mujer. Si bien estos agentes fueron formados con el fin de actuar como intermediarios entre biomédicos y la comunidad, su actuación resulta afectada por la inestabilidad de las políticas y programas de salud en los cuales se inscribe su labor.

En las comunidades en las que trabajamos, el agente sanitario (AS) dependía formalmente (en función de la división en áreas programáticas) del centro de salud más distante a las comunidades,³ y si bien como parte de su tarea conseguía turnos allí para consultas, la población solía asistir al hospital más cercano, debido a los costos y tiempo requerido. Esta situación claramente incidía en las posibilidades concretas de atención, ya que no siempre en el centro cercano había turnos disponibles.

Situaciones como las descriptas, hacen que el rol de los AS sea muchas veces cuestionado y no sea entre los pobladores un referente al momento de tomar decisiones sobre su salud (SY; REMORINI, 2009). En relación a la atención de la salud materno-infantil, en los últimos años

³ El centro de salud al que recurre la población de las comunidades de Kuña Piru con mayor frecuencia es la Unidad Sanitaria Aristóbulo del Valle, distante a 12 km de las comunidades, que cuenta con plantel médico, odontológico y bioquímico y servicio de internación. Se recurre menos frecuentemente al Hospital de Jardín América (40 km), con servicios de mayor complejidad. Otras alternativas son los hospitales de Oberá y Posadas, localizados a 58 y 147 km respectivamente.

aumentó la consulta de mujeres jóvenes para control del embarazo y atención durante el parto. Según la información obtenida en los últimos trabajos de campo, en ambas comunidades el 90% de los niños han nacido en hospitales. Por el contrario, la mayoría de sus madres han nacido en la comunidad con la ayuda de parteras tradicionales, lo que da cuenta de una diferencia generacional en la utilización de servicios de salud.

Al respecto, las personas mas ancianas de la comunidad suelen afirmar “*yo nunca me enfermé, nunca fui a hospital*”. Ello no implica que nunca hayan enfermado, sino que se utiliza este argumento para remarcar la diferencia generacional en las condiciones de salud (“*antes habia menos enfermedad*”) y en las decisiones que toman los jóvenes (“*ahora van todos a hospital*”). Asimismo, a pesar de la preferencia por el parto hospitalario, algunas mujeres optan por el parto en la comunidad, pues la compañía de la partera y otras mujeres de la familia les brinda seguridad. Al respecto, priorizan la contención emocional y la posibilidad de realizar rituales que protegen a la mujer y al recién nacido, imposibles de practicar en el ámbito hospitalario. Otras mujeres, en cambio, se expresan a favor del parto institucionalizado, aludiendo que es más seguro para la mujer frente a la posibilidad de complicaciones severas, su recuperación y retorno a tareas habituales es más rápida, además se realiza control de peso/talla y se administran las vacunas obligatorias al niño. Asimismo, se justifica su elección señalando que hay pocas ancianas en la comunidad que intervengan como parteras. Es necesario tener en cuenta que en estas comunidades no existen vehículos particulares, por lo tanto, si una mujer comienza a sentir dolores de parto durante la madrugada, lo más probable es que de a luz allí. A diferencia de ellas, en ningún caso los hombres adultos y ancianos se expresaron a favor del parto institucionalizado, en cambio, algunos hombres de entre 20 y 30 años consideran que es la mujer la que debe decidir dónde atenderse. Quienes mantienen esta posición generalmente han estudiado para agentes sanitarios y/o enfermeros o auxiliares docentes.

Aún registrando en la actualidad un mayor uso de los servicios biomédicos, cuando los aborígenes acuden a centros de salud se enfrentan con dificultades vinculadas a la interacción con el personal, desde los administrativos – con quienes tienen el primer contacto – hasta los profesionales. El desconocimiento de los procedimientos necesarios para obtener turno, la indiferencia del personal y las dificultades de algunos Mbya para hablar español y para leer indicaciones escritas, hacen que tal vez pasen todo el día en la institución “esperando” sin ser atendidos. Por las mismas razones es frecuente que asistan cuando ya

no se otorgan más turnos o cuando el profesional ya se ha retirado (SY; REMORINI, 2009).

Asimismo, la percepción sobre la atención que reciben en los hospitales y su interacción con el médico se asocia con un conjunto de expectativas respecto de la atención biomédica. Señalan que raramente el médico “*te revisa*” y se guían fundamentalmente por las respuestas del paciente. Ellos atribuyen el no ser examinados a la evitación del médico de contacto físico con el enfermo y a sus prejuicios sobre los indígenas. Cuando no existe un examen clínico y/o no se hacen análisis complementario (Rx o pruebas bioquímicas) la consulta médica se considera sin valor, confirmando el diagnóstico inicial realizado por el paciente. En este sentido, entre las expectativas de la población indígena figura la importancia del uso de tecnología inexistente en las comunidades, así como procedimientos diagnósticos propios de la biomedicina.

Las políticas de salud para el pueblo Mbya

Si bien las políticas específicas para población indígena son relativamente recientes, el sector fue alcanzado de forma dispar por distintos planes tanto nacionales como provinciales, destinados a la población en general. Entre ellos figuran subsidios por discapacidad, por madre de siete hijos, las prestaciones del Plan Nacer y más recientemente, la asignación universal por hijo.

Si bien existe un ente centralizado de las temáticas indígenas a nivel nacional – el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) –, éste no se encarga de todas las políticas para estas poblaciones. Su injerencia está limitada a la asistencia en Proyectos de Educación Intercultural, a Proyectos de Desarrollo Comunitario, tramitaciones de Personería Jurídica y Programa de Fortalecimiento Comunitario y Acceso a la Justicia. También a nivel provincial existe la Dirección Provincial de Asuntos Guaraníes que no es un órgano destinado al diseño de políticas públicas, aunque interviene en algunas etapas de su implementación. La relación entre sus dirigentes y algunos líderes Mbya suele ser problemática, lo que no siempre garantiza el acuerdo y participación de todas las comunidades. De esta Dirección y del gobierno provincial dependió durante algún tiempo acotado⁴ la asistencia

⁴ Durante nuestro trabajo de campo estas actividades no eran sistemáticas. La mayoría solían darse en el marco de campañas de vacunación, por gestión del cacique o del agente

semanal a comunidades Mbya a cargo de un médico clínico, que junto al agente sanitario local realizaban control de peso y talla de los niños y atendían consultas. Era notorio el elevado número de consultas que se realizaban aprovechando la presencia del profesional, dando cuenta de la relevancia de la accesibilidad física como criterio para recurrir a la atención biomédica (SY; REMORINI, 2009).

Las políticas de salud han tendido durante largo tiempo a cubrir las necesidades de salud de la población indígena a través de la entrega – de manera asistemática – de medicamentos y alimentos (bolsones de comida, leche a embarazadas y niños menores de 2 años que registran bajo peso) y/o dinero para su obtención y aportes a los comedores comunitarios o escolares.⁵ Es decir que, al igual que ocurre con otros sectores de la población, las políticas se orientan principalmente al refuerzo alimentario, la provisión de medicamentos a los centros de salud, la formación de agentes sanitarios indígenas y el seguimiento y control de embarazadas y menores de dos años. Es decir se trata de programas de tipo “universalista”, aunque algunos hayan incluido a las poblaciones indígenas como un componente específico (Plan Nacer, Programa Nacional Primeros Años, Programa Nacional de Seguridad Alimentaria, Sub programa “Familias y Nutrición”, entre otros). Por ejemplo, *Plan Nacer* (Ministerio de Salud de la Nación, 2009), financiado por el Banco Mundial, se orienta a brindar cobertura a la población materno-infantil, también menciona entre sus metas incluir poblaciones indígenas, aunque no establece qué tipo de acciones se llevaran a cabo y cuál será la metodología de trabajo. En cambio, hay otros programas orientados a población indígena (ANAHÍ, Médicos Comunitarios para pueblos originarios, Tetchai Mbya) que describiremos sintéticamente a continuación.

sanitario o en momentos próximos a campañas electorales. Al respecto, durante abril de 2003 fallecieron cuatro niños por desnutrición en otras comunidades de la provincia. Esta situación llegó a los medios de prensa, que además publicaron otra noticia en la que se afirmaba que otros diez niños se encontraban internados en grado 3, y veinte familias estaban en riesgo con desnutrición en grado 1 y 2. La difusión masiva de estos hechos, coincidiendo con momentos electorales, dio origen a una gran movilización de recursos asistenciales hacia las comunidades Mbya para controlar y entregar comida a familias en las que se detectaba niños de bajo peso (SY; REMORINI, 2009).

⁵ Concidimos con Díaz (2005) que si bien los programas alimentarios tienen como objetivo superior prevenir, reducir o eliminar la desnutrición, al mismo tiempo promueven una dieta en la que predominan los alimentos de aporte calórico, reforzando el perfil nutricional que buscan modificar.

El Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHÍ) del Ministerio de Salud de la Nación (2000-2005) tuvo como objetivo central capacitar agentes sanitarios indígenas para que actuaran como “facilitadores interculturales”. Esto ayudaría a superar los obstáculos derivados de las “diferencias lingüísticas, culturales y comunicacionales [...] que dificultan el éxito de una buena prestación” (MINISTERIO DE SALUD, 2005).

Previo a ello, el Programa de Salud de los Pueblos Indígenas se había planteado el problema del “abordaje integral del problema de salud de las comunidades” cuyas principales acciones fueron la atención médica de la población, la contratación de 250 agentes sanitarios indígenas mediante convenios con el Ministerio de Trabajo de la Nación y la articulación con la Dirección de Salud Materno-Infantil.

Posteriormente (2005-2006) el programa ANAHÍ ha intentado ampliar su radio de acción planteándose una co-coordinación con el Sub-programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios. Luego, el ANAHÍ se transformó en el Programa Nacional Salud de los Pueblos Indígenas, cuyo objetivo fue “desarrollar la estrategia de APS incluyendo los valores, definidos por la OPS, de equidad, excelencia, solidaridad, respeto e integralidad”. Su propósito es desarrollar acciones que promuevan el cuidado de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de los pueblos indígenas y disminuir la brecha entre sus indicadores de salud y los del resto de la población, “el respeto a su identidad cultural así como la atención y apoyo a los aborígenes y comunidades indígenas en la preservación de sus pautas culturales para la protección de la salud de sus integrantes” (Ley Nacional 23.302 – Art. 1, Decreto n° 155/89). Para el logro de sus objetivos específicos se realizan transferencias de fondos a las provincias bajo programa (Salta, Jujuy, Tucumán, Chaco, Formosa y Misiones) para la contratación de 171 Agentes Sanitarios Aborígenes y para el desarrollo de Proyectos Locales en Salud. Al respecto, no existe información oficial actualizada sobre los logros específicos de estos programas por referencia a a cada uno de los objetivos planteados, que van desde garantizar la seguridad alimentaria y la educación en salud a la promoción de la atención intercultural.

Por último, el Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones puso en marcha el Programa *Techaî Mbya* (Salud Indígena) cuya meta consistió en “garantizar el ejercicio del derecho a la salud y la vida, a través de la promoción y consolidación de un sistema de salud intercultural comunitario”. Las acciones que se describen en la página *web* son visitas domiciliarias a las comunidades Mbya para realizar

atención primaria de la salud y la conformación de una red sanitaria que integre a los Agentes Sanitarios Interculturales Indígenas, Médicos, Caciques, Opyguãs o Chamanes. No se dispone de datos publicados que permitan hacer una evaluación del impacto sanitario de este programa ni otros similares. En general el único indicador que se menciona es la población a la que asiste el programa o el número de consultas, indicadores que por si solos no alcanzan para medir el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Si bien no se trata de iniciativas gubernamentales, las comunidades Mbya de la provincia reciben aunque de manera dispar apoyo económico de entidades como Encuentro Nacional de Pastoral Aborígen (ENDEPA) y del Obispado de Misiones para la construcción de centros de salud y escuelas y ONGs privadas de diferentes cultos religiosos realizan donaciones en el marco de “ayuda humanitaria”, las cuales cuentan generalmente con financiación exterior.

Comunidades rurales de los Valles Calchaquíes (Provincia de Salta)

Caracterización general

Molinos es una localidad ubicada a 2.020 m.s.n.m. en los Valles Calchaquíes Septentrionales del Noroeste argentino y su fundación data de mediados del siglo XVII. Esta localidad es la cabecera del Departamento de Molinos (Provincia de Salta) que cuenta según el último Censo Nacional 2010⁶ con una población de 5.652 habitantes.

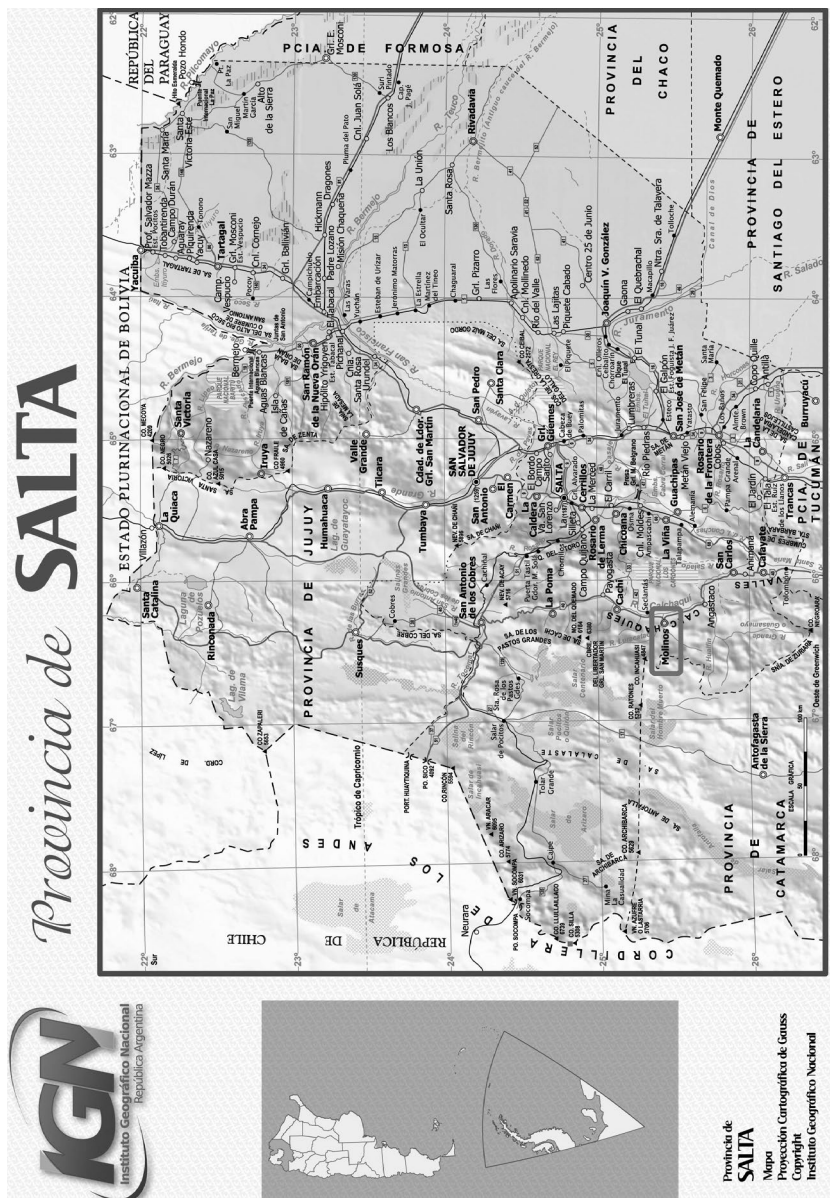
Los Valles Calchaquíes registran un poblamiento humano continuo a lo largo de 2.500 años, donde diversas culturas andinas preincaicas se instalaron a través del tiempo. El rótulo “Diaguita”, con que se designa a los antiguos pobladores del área, es una denominación genérica que aglutina a parcialidades⁷ que poseían una unidad lingüística: el kakan. Con la ocupación Inca a partir de 1.471, la lengua quechua se extendió por el actual territorio argentino. Probablemente el carácter de los grupos calchaquíes no facilitó las relaciones con el imperio Inca, documentándose posteriores alzamientos y resistencias

⁶ Los resultados pueden consultarse en: <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>

⁷ Los cronistas designaban genéricamente con este término a distintas parcialidades: los pulares, cafayates, famatina, aconquija, tolombones, quilmes y hualfines (TEVES, 2011).

en la zona. Con la llegada de los españoles, se vuelve a imponer la lengua quechua, que sirvió para transmitir la doctrina católica.

Figura 9.2 – Mapa: Provincia de Salta (Argentina)



Fuente: Instituto Geográfico Militar (República Argentina)

componente indígena en los procesos de autoidentificación. No obstante, en la última década y acompañando un proceso de revalorización de la identidad de los pueblos originarios, comienza a hacerse visible la presencia del pueblo Diaguita o Diaguita/Calchaquí en los censos, documentos oficiales y diferentes medios y movilizaciones sociales.

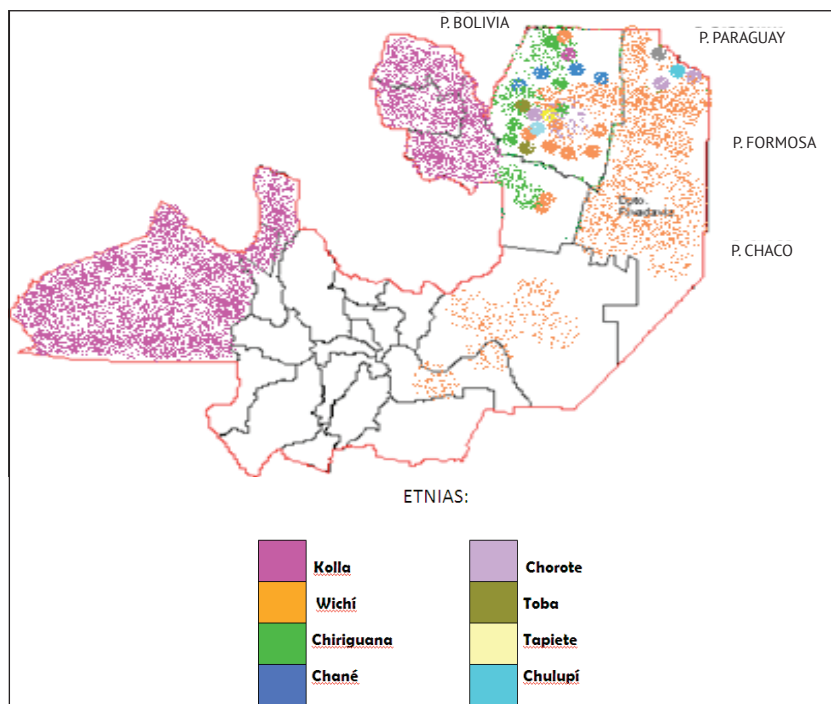
En este contexto, surgen ONGs que utilizan el rótulo “comunidades originarias” para sus proyectos e iniciativas a nivel regional, nucleando diversas poblaciones cuyos miembros pueden o no reconocerse como miembros del Pueblo Diaguita, asentadas en los Valles Calchaquíes y en la periferia de la ciudad de Salta (SABIO COLLADO, 2011). Ejemplo de ello es las Comunidades Unidas de Molinos (CUM), estrechamente vinculadas al Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA). Si bien dentro de las acciones llevadas a cabo por esta organización no figuran iniciativas directamente relacionadas con la salud de las poblaciones, se impulsan proyectos que buscan mejorar las condiciones de vida de la comunidad. Por ejemplo, la construcción de la red de agua potable en algunas fincas del Departamento, a partir del trabajo de los pobladores y los fondos aportados por instituciones gubernamentales y privadas.⁸

Esta situación es percibida de manera diferente por los pobladores de la zona, los que mayoritariamente se consideran “criollos”. En nuestros dos últimos trabajos de campo el tema se manifestó en relación con la aparición de líderes que demandaban el reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios como parte de campañas electorales locales. Al respecto, en la comunidad existen diferentes valoraciones: mientras que algunos lo calificaron de “oportunismo político” otros resaltaron su importancia para el reconocimiento de derechos y mejoras en la calidad de vida de poblaciones postergadas e invisibilizadas.

Si bien en la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas ECPI (2004-2005) se cita para la región del noroeste argentino, y específicamente en la provincia de Salta, la existencia de once pueblos originarios (ver figura 9.4) no se dispone de información desagregada a nivel de departamento, dificultando conocer la situación para Molinos. Asimismo, en los documentos oficiales del Ministerio de Salud (Plan de Acción Para Pueblos Indígenas. Provincia de Salta, año 2009/2010), la población de la región de los Valles Calchaquíes Septentrionales no aparece reconocida como población originaria. El mapa elaborado por el Ministerio de Salud (ver figura 9.5) no incluye a la población que se autoidentifica como Diaguita/Calchaquí en los censos.

⁸ Información disponible en: <http://lacum.blogspot.com.ar/>.

Figura 9.4 – Mapa: Pueblos Indígenas de la Provincia de Salta



Fuente: Ministerio de Salud Pública. Provincia de Salta (2008)

La información actualizada y disponible para el Departamento de Molinos – aunque no distingue el origen étnico o la autoidentificación de los individuos – es la que proviene del Programa de Atención Primaria implementado en el Hospital Fernández de Molinos. De acuerdo con ello, las patologías prevalentes en la población infantil del Departamento fueron las respiratorias (Infecciones respiratorias agudas fundamentalmente) y gastrointestinales (diarreas, parasitosis). Según este relevamiento las consultas correspondientes a los individuos menores de 1 año hasta los 5 años de edad concentran el 42% del total de las consultas médicas (HERNÁNDEZ, 2009).

La captación precoz (previa a las 20 semanas de gestación) incluye al 96% de las embarazadas, por lo que reciben atención médica sistemática desde los comienzos de su embarazo en una alta proporción. Durante 2009 el 100% de los partos ocurrieron en el hospital, a diferencia de lo registrado en épocas anteriores (REMORINI et al., 2010) y la proporción de recién nacidos controlados durante la primera semana

de vida alcanzó el 90%. Asimismo, desde el año 2004 no se registra en el Departamento ningún caso de mortalidad materna ni infantil. Finalmente, en cuanto a las patologías nutricionales, la desnutrición infantil alcanza en 2009 al 2% de los menores de un año, en tanto que para los niños entre 2 y 5 años alcanza un 14%. En este mismo grupo de edad, el 4% de los niños presenta sobrepeso (HERNÁNDEZ, 2009).

La atención de la salud: actores, recursos e instituciones

Al igual que en las comunidades Mbya, en Molinos numerosos padecimientos infantiles también se resuelven en el ámbito doméstico. El recurso al saber de las madres o abuelas, o bien a los médicos campesinos se justifica cuando los niños padecen dolencias que no son tratadas por la biomedicina (como susto, recaída, falseado, desarreglo, empacho, entre otras). En estos casos, las acciones terapéuticas consisten en la ingesta de infusiones de especies vegetales con propiedades medicinales (*tomas*), además del *sahumado*, la *refregada* y la *llamada del espíritu*. Se incorporan, también, elementos del ritual cristiano como agua bendita y oraciones. En la mayoría de las dolencias, la terapéutica consiste en una combinación de estas acciones.

Los pobladores acuden, además, a médicos campesinos en el caso de prácticas que se consideran eficaces y complementarias a las prácticas biomédicas (por ejemplo la “manteada” para acomodar el feto previo al parto). En ciertos casos, se realizan con el conocimiento y aceptación del personal biomédico, pero muchas veces no son “declaradas” por los pacientes.

Actualmente, las madres recurren en forma frecuente al hospital en casos de enfermedades anteriormente tratadas por médicos campesinos, al haberse ampliado la accesibilidad a los centros de salud. De esta manera, desde hace cuatro décadas el discurso de la medicina tradicional se complementa con discursos y prácticas biomédicas, asociadas a la creación del hospital y puestos sanitarios en las fincas. En cuanto a la organización de los servicios de salud en la zona, cuenta con un hospital en la localidad de Molinos y seis puestos sanitarios en las localidades de Colomé, Tacuil, Churcal, Amaicha, Aguaditas y Hualfin (HERNÁNDEZ, 2009).

El Hospital Abraham Fernández de la localidad de Molinos cuenta con dos médicos, odontólogo, bioquímico y personal paramédico. En él se atienden patologías de primer nivel de complejidad y partos, y se derivan las patologías más severas a centros de mayor complejidad (en

localidades próximas como Cachi o a la ciudad de Salta, distantes a 157 km y 210 km respectivamente). Por su parte, cada uno de los puestos sanitarios cuenta con un enfermero y un agente sanitario en forma permanente y reciben semanalmente la visita de los profesionales del hospital.

Actualmente, la presencia sistemática de personal sanitario es percibida por los pobladores como una mejora con respecto a la atención médica en los tiempos de sus padres y abuelos. No obstante, aún hoy encontramos enclaves que muestran el acceso limitado y esporádico a la medicina oficial. Asimismo, la mayor parte de la población no tiene cobertura social, recayendo la atención de la salud exclusivamente sobre las instituciones públicas.

Como parte de las estrategias de APS, el trabajo de los agentes sanitarios se enfoca hacia el control sistemático del estado nutricional de los niños pequeños, y la detección temprana de patologías en embarazadas y niños, a través de visitas domiciliarias periódicas. Una vez captadas por el sistema de salud, la trayectoria de las mujeres está regida por las intervenciones y consejos médicos, lo que se convierte además en una “oportunidad” para el personal sanitario de plantear recomendaciones sobre anticoncepción y responsabilidad materna para garantizar los controles y los cuidados médicos necesarios. Respecto de los cuidados durante el embarazo, las mujeres plantean que el personal de salud hace hincapié en la asistencia a los controles, el consumo de sulfato ferroso y vitaminas, la alimentación “saludable” (especialmente el consumo de frutas y verduras) y a la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, pero no aconsejan sobre otras cuestiones vinculadas con el cuidado de la mujer o el feto. No obstante las mejoras en los servicios biomédicos, aún continúa siendo problemática la resolución de complicaciones durante el parto, lo que obliga a traslados de emergencia a hospitales de mayor complejidad de la región.

Las políticas de salud en Molinos

Las poblaciones de los Valles Calchaquíes Septentrionales no han sido incluidas bajo el rótulo de pueblos originarios en los programas de salud interculturales provinciales, quedando afectadas por programas de alcance universal como el Plan Nacer y el Programa de Atención Primaria de la Salud, que incluye las visitas domiciliarias de los agentes sanitarios locales, y la entrega de leche a través del Programa provincial NUTRIVIDA. Asimismo, se realiza el refuerzo alimentario a través de

la entrega de tickets para la compra de alimentos. Otro programa que aporta a las instituciones de salud locales es el Programa REMEDIAR, mediante el suministro de medicamentos. Finalmente, las mujeres tienen acceso a subsidios del gobierno nacional tales como Asignación Universal por Hijo y a pensiones por ser madres de siete hijos y para niños discapacitados a través del Programa Federal de Salud (PROFE), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Reflexiones finales: contextos diferentes, políticas similares, problemáticas comunes

En Argentina la conceptualización de la política indígena como política social es bastante reciente. El Estado Nacional negó históricamente la existencia de población indígena en su territorio. A partir de la reapertura democrática en 1983 la defensa de los derechos humanos se instala en la opinión pública y los derechos indígenas se incluyen dentro de los derechos económico-sociales que se busca extender al conjunto de la población (MOMBELLO, 2002). No obstante los avances logrados en los últimas décadas, los programas específicos para población indígena han tenido un impacto menor en el mejoramiento de algunos indicadores de salud. Las dificultades de formulación y ejecución impiden que tengan acceso efectivo a ciertas prestaciones de salud y su adecuación a los escenarios locales aún plantea serias dificultades.

La mayoría incorpora el término “interculturalidad” para calificar sus objetivos, enfoques y acciones. Con ello se pretende responder a los requerimientos de los instrumentos legales vigentes como también a los de los organismos (nacionales e internacionales) que financian estos programas. No obstante, la operacionalización del concepto resulta problemática. Como señala Ramírez Hita (2010), el concepto ha sido apropiado por las agencias estatales latinoamericanas y por los movimientos indígenas y se ha visto en él la “solución” a los problemas de salud de los pueblos indígenas. Sin embargo, muchas veces significa “traducción” o “adecuación” de conocimientos y prácticas, “integración” de especialistas indígenas a los staff biomédicos, formación de agentes y promotores para que actúen como “articuladores” o simplemente “reconocimiento” y “aceptación” de prácticas no biomédicas. De este modo, sostiene la misma autora, se continúa marcando la oposición entre cultura biomédica y cultura tradicional, las que mediante estos

programas se intenta “complementar” o “poner en diálogo”. Esta clasificación relaciona la primera a la cultura occidental y la segunda a la indígena, como si ambas constituyeran sistemas aislados y homogéneos, negando heterogeneidad cultural dentro de la biomedicina así como de la medicina tradicional (MENENDEZ, 1987 apud RAMÍREZ HITTA, 2010), sin reconocer el pluralismo médico existente. Se atribuye, además, la situación de salud de los indígenas a la falta de valoración de sus prácticas y especialistas médicos o a la incompreensión basada en diferentes marcos de referencia cultural, sin percibir que ello es producto de falencias del sistema público de salud que afectan la accesibilidad, calidad y aceptabilidad de las prestaciones de salud para estos sectores de la población.

Teniendo en cuenta que el uso efectivo de los servicios de salud no está determinado únicamente por la oferta de los mismos ni por las características culturales de los usuarios, los conceptos de accesibilidad y aceptabilidad refieren a la multiplicidad de factores que intervienen en la toma de decisiones y en la construcción de las trayectorias terapéuticas (MARSIGLIA; CARNEIRO JUNIOR, 2009).

Hemos visto que entre los problemas que afectan la accesibilidad y aceptabilidad de las prestaciones y servicios se destacan las modalidades organizativas de los servicios de salud públicos que resultan “expulsivas”, particularmente horarios de atención, disponibilidad de turnos, cantidad de profesionales, procedimientos administrativos para lograr la atención, entre otros. A ello se suma un conjunto de factores que hacen a la formación del personal sanitario para interactuar con población indígena y a las modalidades de comunicación que se establezcan entre ambos (lo que incluye el lenguaje y aspectos actitudinales).

Es decir, desde algunas propuestas de enfoque intercultural suele colocarse el énfasis sólo en las diferencias culturales y no en las condiciones de desigualdad jurídica, política y económica. Lo que se plantea desde los reclamos indígenas no es la atención exclusiva por parte de especialistas tradicionales sino un acceso equitativo a servicios de calidad, al igual que el resto de los ciudadanos, pero adecuados a sus necesidades y a las particularidades de su cultura. Es decir, se observa una tensión entre la igualdad y la especificidad de derechos.

El análisis de las políticas de la provincia de Misiones para el pueblo Mbya revelan que el objetivo de brindar prestaciones y programas desde un enfoque “intercultural” se materializa básicamente en “traducción” de los mensajes. Su inadecuación se evidencia no sólo en el lenguaje utilizado y en la no consideración de la perspectiva

indígena sobre la etiología de los padecimientos, sino en el planteo de medidas preventivas que ponen de manifiesto el desconocimiento de las condiciones de vida de las comunidades indígenas (ver figura 9.5).

Figura 9.5 – Afiches: Programa “Techaí Mbya” (Salud Mbya) del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones (2010)

Mitã rye rachy

Diarrea infantil

Mitã rye rachy ma jaecha kuas o ka'avý oorriave ramo.
Hepochi katu Hýkurei terã yryri.
La diarrea infantil es una enfermedad que se caracteriza por el aumento del número de veces que el niño evacúa.
Y a veces pueden ser líquidas, amarillas o sanguinolentas.

Tye rachy ojau ramo omobiru oata mpy py hetere.
Ohepyru ramo hye mitã nde rejokoi rã tembi'u ni nemo kambue'yã.
El peligro de la diarrea es la deshidratación, es decir, la falta de líquido en el cuerpo. Cuando comienza la diarrea en los niños o niñas no se deben suspender las comidas ni la leche materna.

Reachavy rehemondy: Nde ra'y...
Signos de alarma: si la vides...

- **Nidopytai hemombare,**
inquietud o irritabilidad.
- **Hecha kuare ra'i,**
si tiene los ojos hundidos.
- **Jey'uvei vai,**
tiene mucha sed.
- **I pire raku terã ombiojevy,**
si tiene fiebre o vómitos.
- **Hepochi ruguy rei ramo,**
si la cara tiene sangre.

Reo pya'e va'erã
hepomo ropy
rechauka haguã
hepomo va'epe.
TIENE MALA O MALA MANO POSIBLE AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCA PARA CONSULTAR CON UN MÉDICO.

Jajapo ke techai pavẽ
Construyamos la Salud entre todos

Dirección de Programas Comunitarios de APS
Salud Indígena - Tel 03752-447120
Ministerio de Salud Pública - Junín y Tucumán, Posadas.
Tel 03752- 447866 / 447836

YY PORÃ...

Agua segura...

Reiporu ramo yy yvu gui, yakã terã yryru guachi py guare:
Cuando uses agua de pozos, arroyos o tanques:

- **Rembo pupu va'erã hirul aravo'i peve any ramo emoi moki tyky ravandina 1 ritro yy py.**
Hervir durante 5 minutos o agregar 2 gotas de lavandina por litro.
- **Earo mboapy pá aravo'i peve rey'u haguã.**
Esperar 30 minutos antes de tomarla.
- **Ejoei nde po yy potí my kavõ reve tembi'urã**
rejapo lavy ha'e re'u lavy ha'e jai py reo rre.
Lavarse las manos con agua corriente y jabón sobre todo antes de preparar y servir la comida y después de ir al baño.
- **Rejoei porã va'erã ka'avo ja'uva'e ha'e yva'a pyau.**
Ejea yy py pá ha'e pañirui aravo'i peve ha'egui ejoi jo'a.
Lavar con especial cuidado vegetales y frutas frescas. Dejar en remojo de 10 a 15 minutos y enjuagar.

Jajapo ke techai pavẽ
Construyamos la Salud entre todos

Dirección de Programas Comunitarios de APS
Salud Indígena - Tel 03752-447120
Ministerio de Salud Pública - Junín y Tucumán, Posadas.
Tel 03752- 447866 / 447836

MISIONES Salud

Ministerio de Salud Pública
Gobierno de la Provincia de Misiones
www.misiones.gov.ar/salud

MISIONES Salud

Ministerio de Salud Pública
Gobierno de la Provincia de Misiones
www.misiones.gov.ar/salud

Fuente: Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones (2010)

Diversos estudios coinciden en señalar que una de las principales dificultades para la implementación de políticas públicas atañe a los recursos humanos involucrados (FISA, 2008; LORENZETTI, 2006). Ello se relaciona, por un lado, con la inadecuada formación de los profesionales para trabajar en comunidades indígenas, reflejándose en la escasa interacción que se da entre los integrantes no indígenas del equipo de salud y la comunidad. El desconocimiento de la lengua indígena y la dependencia de un “traductor” actúan como obstáculo que afecta la fluidez de la comunicación entre los indígenas y los miembros de servicios de salud (LORENZETTI, 2006). Finalmente, existe otra dificultad relacionada con el trabajo interdisciplinario de los equipos, un objetivo reiterado infinitamente en los documentos, pero que resulta difícil de lograr en determinadas circunstancias.

En relación a los recursos humanos, la figura del agente sanitario resulta clave, y es uno de los ejes sobre los cuales descansan la mayoría de

las políticas de atención primaria de la salud en Latinoamérica (PEREZ GIL, 2007; NOVO, 2010). Tanto en Misiones como en Molinos, el rol de “facilitadores culturales” se basa en que al ser miembros de la población local, tendrán mayor empatía y posibilidades de comunicación y aceptación de la comunidad, la que se percibe como diferente del personal biomédico y homogénea. Ello no tiene en cuenta que el agente sanitario también ocupa un rol en su comunidad más allá de su labor, lo que a veces genera situaciones conflictivas.

Asimismo, su rol se describe como “traductor” o “broker”, y a través de ellos se busca favorecer la accesibilidad de la población al sistema de salud formal, extendiendo el alcance de la biomedicina sin ser revisada, criticada, ni modificada, simplemente se intenta que los comportamientos de la población frente a los problemas de salud se adecuen y “normalicen” de acuerdo a los criterios del sistema de salud. En este contexto, los agentes sanitarios deben cumplir con la doble responsabilidad de responder programáticamente con el rol para el cual han sido formados y, responder a las demandas en materia de salud y calidad de atención en los términos que lo demanda su propia comunidad (LORENZETTI, 2006; SY; REMORINI, 2009). De este modo, si bien en las comunidades hay personas que se han formado como agentes sanitarios, no todos ellos son reconocidos y aceptados como se supone desde lo programático. Por otra parte, la gente acude a expertos tradicionales o directamente al médico y son raras las situaciones en que se recurre al agente sanitario. Su labor está llena de dificultades al momento de abordar a la gente cuando los recursos biomédicos – leche y/o planes alimentarios – cuyo acceso debe viabilizar, no están disponibles en la comunidad. A esto se suma la situación de estar recibiendo una remuneración por su trabajo, generando fricciones en la comunidad y contribuyendo al desprestigio de su labor (SY; REMORINI, 2009).

Finalmente, acordamos con Lorenzetti cuando plantea que el trabajo de estos agentes, que en principio suponía contribuir a la “adecuación” del sistema de salud formal, terminó convirtiéndose en una “adaptación” de la comunidad a los requerimientos del sistema de salud formal (LORENZETTI, 2006).

Teniendo en cuenta lo dicho hasta aquí, nos interesa remarcar algunas cuestiones vinculadas con las posibilidades de colaboración entre la investigación etnográfica y el diseño de políticas públicas.

El enfoque adoptado por algunas investigaciones etnográficas sobre salud y enfermedad de las comunidades rurales e indígenas se

centra en los procesos a nivel comunitario, sin analizar las articulaciones con organismos públicos a escala local, regional y nacional. Nuestro foco en las actividades domésticas y en las trayectorias individuales permite identificar contextos por los que transitan los individuos, articulando, seleccionando, confrontando y/o negando diversos saberes y prácticas en sus interacciones con actores e instituciones. El desconocimiento acerca de las políticas implementadas en un determinado contexto oscurece nuestra comprensión de los factores que afectan la salud y el desarrollo infantil (BRONFENBRENNER, 1987). En este sentido, debemos tener en cuenta la diversidad de instituciones, discursos y prácticas sobre la salud/enfermedad que intervienen en las decisiones cotidianas, desde un enfoque ecológico y en perspectiva temporal. La investigación etnográfica sobre estos temas resultará enriquecida si es capaz de dar cuenta de los procesos de articulación entre el micro y el macro nivel.

Ello permite, por un lado, localizar los procesos sociales y aportar al reconocimiento de las particularidades de cada contexto, información indispensable para diseñar políticas. Por otro, la investigación a microescala da cuenta de la heterogeneidad dentro de cada sociedad, cuestionando categorías englobantes como “pueblos indígenas”. A través de nuestro trabajo hemos visto las particularidades que asume la construcción cultural e histórica de la identidad, por ejemplo, la posibilidad de auto-identificarse como indígena en cada contexto y la legitimación de esa adscripción en el marco de las interacciones con las agencias estatales. También podemos reconocer que mientras algunas poblaciones son excluidas de la política indigenista, otras son abarcadas como un colectivo homogéneo.

En este sentido, la contribución de la Etnografía a las políticas públicas puede plantearse a varios niveles. Por un lado, la “sensibilidad” de la metodología cualitativa permite abordar los procesos de salud-enfermedad-atención, desde la perspectiva de los propios actores sociales y considerar la complejidad de los procesos en los contextos locales, que resulta difícil reducir a variables cuantificables y universales. Al respecto, siguiendo a Scheper-Hughes (2000) suele afirmarse que sólo se pueden construir políticas de salud a partir de datos “duros” plasmados en estadísticas. Sin embargo, los resultados obtenidos a partir del análisis en profundidad de pequeño número de casos, resultan significativos para reflexionar sobre la pretendida objetividad y neutralidad de tales datos.

En lo que concierne al enfoque adoptado en las medidas preventivas y asistenciales vemos que en ambos enclaves, éstas siguen

un enfoque clásico de “factores de riesgo” y de modificación de “hábitos no saludables”. Nuestras investigaciones sobre las prácticas de cuidado de la salud en la infancia en las comunidades Mbya (REMORINI, 2009, 2010) han puesto de relieve la complejidad de factores y procesos que desde la perspectiva Mbya, y en consonancia con enfoques recientes de la ecología histórica, coadyuvan a la persistencia de parasitosis en estas poblaciones, pero no son considerados en la prevención y tratamiento de estas patologías por los equipos de salud.

En el caso de esta y otras patologías prevalentes, la falta de atención a las condiciones que afectan la salud y a las estrategias adaptativas que han desarrollado las comunidades a través del tiempo, obstaculiza el intercambio y colaboración entre agentes del Estado y pobladores. Como consecuencia de ello se genera una brecha entre dos universos aparentemente antagónicos: el de los programas implementados desde el ámbito oficial por un lado, y el de los problemas de salud concretos y las estrategias locales para su resolución por el otro. En este punto, la Etnografía aporta una vía para ir desde los problemas a los programas y no al revés (CRIVOS; MARTÍNEZ, 1995).

Referencias

- ALMEIDA FILHO, N. Por una etnoepidemiología: esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico. *Cuadernos Médico-Sociales*, n. 61, p. 43-47, 1992.
- ASSIS, V.; GARLET, I. J. Análise sobre as populações guarani contemporâneas: demografia, espacialidade e questões fundiárias. *Revista de Índias*, v. 64, n. 230, p. 35-54, 2004.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID). GN-2296/04: Política Operativa sobre Pueblos Indígenas. Disponible en: <[http://www.iadb.org/sds/doc/IND% 20GN2296aS. pdf](http://www.iadb.org/sds/doc/IND%20GN2296aS.pdf)>. Consultado en: 16 dic. 2004.
- BRONFENBRENNER, U. *La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós, 1987.
- CEPAL. *Políticas y programas de salud de pueblos indígenas en América Latina: panorama social de América Latina 2007 de la CEPAL*. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/30305/PSE2007_Cap5_AgendaSocial.pdf>. Consultado en: 23 nov. 2007.
- CRIVOS, M. *Contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles Calchaquíes (Provincia de Salta)*. 2004. Tesis (Doctorado en Ciencias Naturales) – Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad

Nacional de La Plata, Buenos Aires, 2004. Disponible en: <<http://sedici.unlp.edu.ar?id=arg-unlp-tpg-0000000083>>. Consultado en: 23 nov. 2007.

CRIVOS, M.; MARTÍNEZ, M. R. De los programas a los problemas: una propuesta de interrelación de especialistas en el área de la salud. *Revista El Consultor de Salud*, v. 5, n. 110, 1995.

CRIVOS, M. et al. Puesta en común de saberes y prácticas sobre las enteroparasitosis (Valle del Cuña Piru, Misiones). In: _____. *Cultivando memorias cosechando vida...* Equipo de Etnobiología, Museo de Antropología, Facultad de Humanidades, Universidad de Córdoba, 2006. 1 CD-ROM educativo.

CRIVOS, M. et al. Some considerations regarding the origin and functions of parasites among two Mbya communities in Misiones, Argentina. In: GARDENOUR, B.; TADD, M. (Ed.). *Parasites, worms, and the human body in religion and culture*. New York: Peter Lang, 2012. p. 95-121.

CUYUL, A.; ROVETTO, M.; SPECOGNA, M. Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentinas. *Revista Argentina de Salud Pública*, v. 2, n. 7, 2011.

DÍAZ, A. *Políticas alimentarias: algo más que programas compensatorios*. 2005. Disponible en: <<http://www.econ.uba.ar/planfenix/docnews/III/Políticas%20alimentarias/Diaz.pdf>>. Consultado en: 23 mar. 2012.

FLEISCHER, S.; TORNQUIST, C. S.; DE MEDEIROS, B. F. *Saber cuidar, saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular*. Florianópolis: Ed. da Udesc, 2009.

FORO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE ARGENTINA (FISA). *Resumen ejecutivo: situación de salud, intervenciones y líneas de investigación para la toma de decisiones en salud con pueblos indígenas*. Coordinado por Silvia Kochen. Buenos Aires: Cámara Argentina del Libro, 2008. GRUMBERG, G. (Coord.); MELIÁ, B. (Ed.). *Guarani Retã 2008: povos Guarani na fronteira Argentina, Brasil e Paraguai*. São Paulo: CTI, 2008. Mapa (100x69cm) e livro explicativo.

GARLET, Ivori José. *Mobilidade Mbyá: história e significação*. 1997. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciência Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

HERNÁNDEZ, N. *Diagnóstico de situación de salud del Área Operativa nº XXVI*. 2009. Trabajo final (Especialización en Salud Pública) – Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Salta, Salta, 2009.

HITA, S. R. *Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano*. 2. ed. La Paz: OPS/OMS, 2010.

INADI. *Hacia un plan nacional contra la discriminación: la discriminación en Argentina*. Diagnóstico y propuestas. Buenos Aires: INADI, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC).

Encuesta complementaria de pueblos indígenas – ECPI. 2004-2005: resultados provisionales. Provincia de Misiones. Ministerio de Economía y Producción. Secretaría de Política Económica. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Disponible en: <www.indec.gov.ar>. Consultado en: 30 mar. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC). *Censo Nacional Argentino 2010*. Disponible en: <<http://www.censo2010.indec.gov.ar/>>. Consultado en: 31 mar. 2012.

LORENZETTI, M. *Del “capital social” a la “culturalización de la pobreza”*: la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena. Buenos Aires: Instituto de Cs. Antropológicas, Sección Etnología y Etnografía. Facultad de Filosofía y Letras – UBA, 2006.

MARSIGLIA, R. G.; CARNEIRO JUNIOR, N. Disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade do PSF em áreas metropolitanas. In: COHN, A. (Org.). *Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azogue; São Paulo: CEDEC, 2009.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. *Programa ANAHI Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas*. Secretaría de Programas Sanitarios. 2005. Disponible en: <www.caserosada.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=398>. Consultado en: 18 feb. 2008.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. *Documento FESP: Marco de Planificación para los Pueblos Indígenas en el proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública*. 2006. Disponible en: <<http://www.msal.gov.ar/hm/Site/pdf/MarcoSalvagIndigena-FESP.pdf>>. Consultado en: 4 dic. 2007.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. *Plan Nacer*. Plan Federal de Salud. 2007. Disponible en: <www.nacer.gov.ar/content.asp?Cont_SubSeccionItemID=1>. Consultado en: 8 ago. 2008.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. *Proyecto funciones esenciales de Salud Pública*. Plan de Acción Para Pueblos Indígenas. Provincia de Salta, año 2009/2010. 2008. Disponible en: <<http://www.msal.gov.ar/fesp/cid/documentos/ppi/PPI-2009-10-SALTA.pdf>>. Consultado en: 26 mar. 2012.

MOMBELLO, L. *Evolución de la política indigenista en Argentina en la década de los noventa*. Proyecto Self-Sustaining Community Development in Comparative Perspective. 2002. Disponible en: <<http://lanic.utexas.edu/project/etext/llilas/claspo/overviews/polsocpuebind.pdf>>. Consultado en: 30 mar. 2012.

NAVONE, G. T. et al. Parasitosis intestinales en poblaciones Mbyá-Guaraní de la Provincia de Misiones, Argentina: aspectos epidemiológicos y nutricionales. *Cuadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 5, 2006.

NOVO, M. P. Um papel de fronteira e seus (não) espaços: os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu. In: FLEISCHER, S.; TORNQUIST, C. S.; DE MEDEIROS, B. F. *Saber cuidar, saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular*. Florianópolis: Ed. da Udesc, 2009.

PEREZ GIL, L. Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazonia. *Saúde e sociedade*, v. 16, n. 2, p. 48-60, 2007.

POPKIN, B. M. The nutrition transition and its implications in lower-income countries. *Public Health Nutrition*, Cambridge, n. 1, p. 5-21, 1998.

REMORINI, C. Caminar a través del monte: una aproximación a la movilidad Mbya en el pasado y en el presente. In: JORNADAS SOBRE POBLAMIENTO, COLONIZACIÓN E INMIGRACIÓN EN MISIONES, 2., 2001. Posadas. *Anales...* Posadas: Montoya, 2001. p. 309-326. Publicación especial.

REMORINI, C. *Aporte a la caracterización etnográfica de los procesos de salud-enfermedad en las primeras etapas del ciclo vital, en comunidades Mbya-Guaraní de Misiones, República Argentina*. 2009. Tesis (Doctorado en Ciencias Naturales) – Universidad Nacional de La Plata, La Plata, 2009. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/search/request.php?id_document=ARG-UNLP-TDG-0000000330&request=request>. Consultado en: 30 mar. 2012.

REMORINI, C. ¿De qué y por qué se enferman los niños Mbya? Representaciones y prácticas en torno a la salud en contextos socioculturales y ecológicos vulnerables. In: DROVETTA, R.; RODRÍGUEZ, M. L. (Comp.) *Padecimientos en grupos vulnerable del interior de Argentina. Procesos históricos y actuales de salud, enfermedad y atención*. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados-Unidad Ejecutora de Conicet y Ferreyra, 2010.

REMORINI, C.; MORGANTE, M. G.; PALERMO, M. L. “Mamis” y “guaguas”: familia, maternidad y crianza a través de las generaciones en Molinos Salta, Argentina. In: REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO FAMILIA E INFANCIA. LA FAMILIA Y SUS MIEMBROS: PENSANDO LA DIFERENCIA EN AMERICA LATINA, 7., 2010. Temuco. *Anales...* Temuco: Universidad de La Frontera, 2010. Disponible en: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/GTF/remorini.pdf>>. Consultado en: 30 mar. 2012.

ROGOFF, B. et al. Children’s development of cultural repertoires through participation in everyday routines and practices. *Handbook of Socialization: theory and research*, New York, p. 490-515, 2007.

SABIO COLLADO, M. V. Diaguitas urbanos: memorias y experiencias migratorias. In: CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL, 10., 2011. *Actas...* Buenos Aires: CAAS, 2011. Disponible en: <<http://www.xcaas.org.ar/actas.php>>. Consultado en: 30 mar. 2012.

SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS DE ARGENTINA. Disponible en: <http://www.Saludindigena.org.ar/misiones_home.html>. Consultado en: 31 mar. 2012.

SCHEPER-HUGHES, N. Demografía sin números: el contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil. In: VIOLA, A. (Comp.). *Antropología del desarrollo: teoría y estudios etnográficos en América Latina*. Buenos Aires: Paidós Studio, 2000.

SUPER, C.; HARKNESS, S. The developmental niche: a conceptualization at the interface of child and culture. *International Journal of Behavioral Development*, n. 9, p. 545-569, 1986.

SY, A. *Estrategias frente a la enfermedad en dos comunidades Mbya Guaraní (Ka'aguy Poty e Yvy Pytã, Provincia de Misiones): aporte del estudio de casos a la investigación etnográfica de los procesos de Salud-enfermedad*. 2008. Tesis (Doctorado en Ciencias Naturales y Museo) – Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, 2008.

SY, A.; REMORINI, C. Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya: contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión pública. In: NOCETI, M. B. (Comp.). *Oportunidades: caminos hacia la protección integral de los Derechos del niño*. Bahía Blanca: Libros en Colectivo, 2009.

TEVES, L. S. *El estudio etnográfico de la actividad textil como aporte a la caracterización del modo de vida en el pueblo de Molinos y zona de influencia, provincia de Salta*. 2011. 314 f. Tesis (Doctorado em Antropología) – Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, 2011.

WEISNER, T. Why ethnography should be the most important method in the study of human development? In: JESSOR, R.; COLBY, A.; SHWEDER, R. (Ed.). *Ethnography and human development*. Chicago: Universtity of Chicago Press, 1996.

ZONTA, M. L.; OYHENART, E.; NAVONE, G. T. Nutritional status, body composition, and intestinal parasitism among the Mbya-Guarani communities of Misiones, Argentina. *American Journal of Human Biology*, n. 22, p. 193-200, 2010.